STATE OF CALIFORNIA
DMV
DEPARTMENT OF MOTOR VEHICLES
Agencia de Servicio Público

Formulario RS-1
SOLICITUD UNIFORME DE REGISTRO (MATRÍCULA) EN UN SOLO ESTADO PARA AUTOTRANSPORTISTAS BAJO LA AUTORIDAD EMITIDA POR LA ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE LA SEGURIDAD DE AUTOTRANSPORTISTAS (FMCSA)

AÑO DE REGISTRO
20 _____

☐ **Transportista de Bienes** ☐ **Transportista de Enseres del Hogar** ☐ **Transportista de Pasajeros**

NÚMEROS DE IDENTIFICACIÓN DEL AUTOTRANSPORTISTA ☐ *Marque esta casilla si la información ingresada refleja cambios o correcciones.*

NO.(S) MC INTERESTATAL	NO. US DOT	SSN/FEIN
NO. ARCHIVO DMV CA/CAL-T	PSG	TCP

SOLICITUD (Idéntico al nombre en la orden Interestatal) ☐ *Marque esta casilla si la información ingresada refleja cambios o correcciones.*

NOMBRE

D/B/A

CÓDIGO DE ÁREA Y NO. DE TELÉFONO	NO. DE FAX
( )	

DIRECCIÓN DEL LUGAR PRINCIPAL DEL NEGOCIO* ☐ *Marque esta casilla si la información ingresada refleja cambios o correcciones.*

CALLE

CIUDAD | ESTADO | ZONA POSTAL

DIRRECIÓN POSTAL SI ES DIFERENTE DE LA DEL NEGOCIO ARRIBA: ☐ *Marque esta casilla si la información ingresada refleja cambios o correcciones.*

CALLE

CIUDAD | ESTADO | ZONA POSTAL

TIPO DE REGISTRO ☐ *Marque esta casilla si la información ingresada refleja cambios o correcciones.*

☐ **Nuevo Registro de Transportista** - El autotransportista no se ha registrado anteriormente.

☐ **Registro Anual** - El autotransportista está renovando su registro anual.

☐ **Nuevo Registro para Seleccionar el Estado** - El autotransportista ha cambiado su lugar principal de negocios **o bien** su previo estado de registro ha dejado el programa de registro. El estado anterior de registro era _____

☐ **Registro Suplementario** - El autotransportisa está agregando vehículos adicionales o estados donde viaja ***después*** de su registro anual. Indique el tipo a continuación:

☐ **Añadir Nuevos Estados donde Viaja** ☐ **Añadir Vehículos a los Estados Actuales donde Viaja** ☐ **Añadir Estados y Vehículos**

TIPO DE AUTOTRANSPORTISTA ☐ *Marque esta casilla si la información ingresada refleja cambios o correcciones.*

(Marque Una)

☐ Individual ☐ Sociedad ☐ Corporación

ENUMERE LOS NOMBRES DE LOS SOCIOS U OFICIALES

NOMBRE	TÍTULO

SI ES CORPORACIÓN, DÉ EL ESTADO EN EL QUE ESTÁ INCORPORADA

TIPO DE AUTORIDAD FMCSA REGISTRADA ☐ *Marque esta casilla si la información ingresada refleja cambios o correcciones.*

☐ Permiso (Certificado de Permiso)

*El lugar principal del negocio es un solo lugar que sirve como la oficina central del autotransportista y donde guarda o puede poner a la disposición los expedientes de operación.

CERTIFICADO(S) O PERMISO(S) INTERESTATAL(ES)

☐ Órden(es) Interestatal(es) de Autoridad adjunta(s) para registro inicial.

☐ Órden(es) Interestatal(es) de Autoridad adjunta(s) para concesiones adicionales recibidas.

☐ No hay cambios desde el año anterior de registro.

PRUEBA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL ☐ *Marque esta casilla si la información ingresada refleja cambios o correcciones.*

☐ El solicitante está presentando, o causando que se presente, una copia de su prueba de seguro de responsabilidad civil sometida a y aceptada por la Administración Federal de la Seguridad de Autotransportistas bajo el 49 C.F.R. Parte 1043.

☐ El solicitante ha presentando, o ha causado que se presente, una copia de su prueba de seguro de responsabilidad civil sometida a y aceptada por la Administración Federal de la Seguridad de Autotransportistas bajo el 49 C.F.R. Parte 1043, y el seguro permanece vigente.

☐ El solicitante tiene un plan aprobado de auto-seguro u otro tipo de seguro plenamente válido y vigente, y el transportista cumple plenamente con las condiciones impuestas por la orden de la Administración Federal de la Seguridad de Autotransportistas. Se adjunta, o anteriormente se ha presentado al estado de registro una copia de la orden de seguro de la Administración Federal de Carreteras.

MATERIALES PELIGROSOS ☐ *Marque esta casilla si la información ingresada refleja cambios o correcciones.*

(Marque Una)

☐ El solicitante **no** transportará ninguna cantidad de materiales peligrosos.

☐ El solicitante transportará materiales peligrosos que exigen los siguientes límites en conformidad con el Título 49 C.F.R. 1043.2:

(Marque Una)

☐ Seguro de Responsabilidad Civil y Daños Materiales por un US$1 millón.

☐ Seguro de Responsabilidad Civil y Daños Materiales por US$5 millones.

NOTIFICADORES DE CITACIONES JUDICIALES

☐ FMCSA Formulario No. BOC-3 ó se adjunta designación general para nuevo registro.

☐ FMCSA Formulario No. BOC-3 ó se adjunta designación general que refleja cambios en la designación de notificadores de citaciones judiciales.

☐ No hay cambios desde el año anterior de registro.

CERTIFICACIÓN

Yo, el abajo firmante, certifico bajo pena por declaraciones falsas que la información que he proporcionado es verdadera y correcta y que estoy autorizado para ejecutar y presentar este documento a nombre del solicitante. (Las provisiones de penalidad están sujetas a las leyes del estado de registro.)

NOMBRE (EN LETRA DE MOLDE)	FECHA
FIRMA	TÍTULO
X	

A: California Department of Motor Vehicles
IRP/SSRS Section, MS G875
P.O. Box 932370
Sacramento, CA 94232-3700
(916) 657-6636

Pasar a la Página 1 | Borrar Formulario | Imprimir